Aus der Psychiatrischen- und Nerven-Klinik der Universität Göttingen. (Direktor: Professor Dr. G. Ewald).

Absence und Petit mal bei genuiner und symptomatischer Epilepsie.

DISSERTATION

zur

Erlangung des Doktorgrades

der Hohen Medizinischen Fakultät

der Universität zu Göttingen

Vorgelegt am 15. August 1937

von

WALDEMAR WILHELM

aus Mühlhausen Th.

GÖTTINGEN 1937

DISSERTATIONS-VERLAG G. H. NOLTE DÜSSELDORF

Dekan: Professor Dr. Mueller
Berichterstatter: Professor Dr. G. Ewald

Tag der mündl. Prüfung: 24. Juni 1938

Der organische Krampfanfall, zwar nur ein Glied in der Kette der epileptischen Erscheinungen, ist das Hauptsymptom und Charakteristikum im großen Krankheitsbild der Epilepsie. Die Ursachen epileptischer Anfälle können mannigfaltig sein und die Tatsache, daß die auslösende Ursache auf der einen Seite anlagemäßig bedingt, auf der anderen Seite erworben sein kann, gibt uns die Berechtigung, der genuinen Epilepsie eine symptomatische Epilepsie gegenüberzustellen. Obgleich die Bezeichnung „symptomatische Epilepsie" irreführend ist, wird sie allgemein gebraucht und man versteht darunter eine Fallsucht, der eine nachweisbare Schädigung des Gehirns zugrunde liegt, sei es ein Trauma, eine entzündliche Erkrankung oder eine Neubildung.

Die Entscheidung der Frage: genuine oder symptomatische Epilepsie, allein wegen der therapeutischen Maßnahmen und der Prognose von ausschlaggebender Bedeutung, spielte schon früher im Renten- und Versicherungsverfahren eine große Rolle. In den letzten Jahren hat jedoch die Erbgesundheitsgesetzgebung die Epilepsiefrage ganz besonders in den Vordergrund gestellt.

Dort, wo groborganische Prozesse oder direkte Hirnverletzungen vorliegen, wird es im allgemeinen keine Schwierigkeiten bereiten, die Differentialdiagnose „symptomatische Epilepse" zu stellen. Um so schwieriger wird aber die Aufgabe für den verantwortungsbewußten Untersucher da, wo den ersten epileptischen Erscheinungen vielleicht eine einfache Gehirnerschütterung oder eine andere leichte fragliche Schädigung des Zentralnervensystems vorausgegangen ist, von der man weiß, daß sie später auch einmal organische Anfälle auslösen kann.

Die Kriterien, die dann zur Beantwortung dieser Frage und zur Klärung des Sachverhaltes herangezogen werden, sind: erbliche Belastung, neurologischer, serologischer und röntgenologischer (Schädelaufnahme, Encephalogramm) Untersuchungsbefund, psychisches Verhalten ,Charakterveränderung und Körperbau.

Nun ist schon von jeher angenommen worden, daß gerade die epileptische Absence sehr charakteristisch für eine idiopathische Epilepsie sei, zu mindesten doch viel häufiger bei einer genuinen als bei einer symptomatischen Epilepsie auftrete. So schrieb Bumke in einer 1924 erschienenen Auflage seines Lehrbuches: „Seltener als der große Krampfanfall ist das Petit mal Erscheinung einer bloß symptomatischen Epilepsie. Echte Petit mal-Anfälle beim

Erwachsenen sprechen also mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit für genuine Epilepsie."

Diese Annahme hat sich jedoch nach neueren Untersuchungen nicht in dem Maße bestätigt. Zu diesem Schluß kommt jetzt Bumke selbst in einer kürzlich (1936) erschienenen Auflage seines Werkes. Er stützt sich dabei im wesentlichen auf eine Arbeit Feuchtwangers, in der, wie auch in einer Untersuchung Stauders sichergestellt wird, daß sich Absencen und Petit mal-Zustände auch bei traumatischer Epilepsie finden.

Feuchtwanger hat durch seine statistischen Erhebungen an 1500 Hirnverletzten aus der Heckscher Nervenheil- und Forschungsanstalt in München sichergestellt, daß die Epilepsie nach Verletzungen des Gehirns in ihren Erscheinungsbildern bei Betrachtung einer größeren Gruppe von Betroffenen sämtliche Zeichen aufweise, die auch bei der genuinen Epilepsie gesehen würden: Anfälle, Aura, Schwindelzustände, Ohnmachten, periodische Verstimmungen, kleine Anfälle und Absencen, Dämmerzustände und Verwirrtheitszustände, Demenzen und Wesensveränderungen. Er sagt jedoch, daß sich ohne Verbreiterung und bessere Fundierung der statistischen Grundlagen heute noch nicht empirisch sicherstellen lasse, ob diese Äquivalente bei der symptomatischen Epilepsie wesentlich seltener seien, als bei der genuinen Epilepsie.

Da diese Frage nicht nur wissenschaftliches, sondern auch großes praktisches Interesse hat, soll in folgendem versucht werden, an Hand von 351 Fällen aus der Universitätsnervenklinik in Göttingen einiges zu ihrer Klärung beizutragen.

Bei Verwendung des Materials der Klinik aus den Jahren 1930—1936 können dabei 251 Fällen von genuiner Epilepsie 100 Fälle gegenübergestellt werden, in denen die Diagnose „symptomatische Epilepsie" gestellt wurde. Es wurden nur die Fälle verwandt, bei denen an der Diagnose genuine oder symptomatische Epilepsie kein Zweifel bestehen konnte; den Hauptanteil der letzten drei Jahre bildeten ca. 115 Erbgesundheitsgutachten.

Als Ursache der symptomatischen Epilepsien wurden gefunden:

1. Schädeltrauma	
a) mit Schädelfraktur	in 29 Fällen
b) direkte Hirnverletzung	in 21 Fällen
c) Commotio cerebri	in 9 Fällen
2. Geburtstrauma	in 4 Fällen
3. Cerebralsklerose	in 10 Fällen
4. Entzündliche Hirnerkrankungen (Encephalitis, Meningitis)	in 12 Fällen

5. Multiple Sklerose	in	1 Fall
6. Lues	in	1 Fall
7. Tumor cerebri	in	6 Fällen
8. Cysticerose	in	2 Fällen
9. Alkoholschädigung	in	2 Fällen
10. CO-Vergiftung	in	1 Fall
11. Bleivergiftung	in	1 Fall

Bevor wir auf die Frage der Absencen bei den genuinen und den symptomatischen Epilepsien eingehen, wollen wir uns zunächst einmal über das Wesen einer Absence klar werden.

Was ist überhaupt eine Absence, was ist ein Petit mal-Zustand?

Nach Bumke und Oppenheim ist das Hauptsymptom und oft überhaupt das einzige Symptom dieser Zustände die kurze Unterbrechung des Bewußtseins. „Sie setzt so plötzlich ein und ist auch meistens so schnell vorüber, daß das Individuum in der Regel nicht hinfällt und die unterbrochene Erzählung oder Beschäftigung wieder aufnimmt, als ob nichts dazwischen getreten wäre. Die Beobachtung während dieses Zustandes läßt jedoch gewisse Störungen erkennen. Das Gesicht wird meist blaß, seltener abnorm gerötet, der Blick wird starr, häufig kommen leichte klonische Zuckungen besonders der Lippen, der Zunge (Schmeckbewegungen), ein Schnalzen, ein Augenblinzeln oder geringe zuckende Bewegungen in den Extremitäten hinzu."

Binswanger teilt die abortiven Anfälle (Petit mal) ein in solche, bei denen die motorisch-konvulsive Komponente fehlt, oder nur angedeutet ist, während die Bewußtseinsstörung fast ausschließlich die Aufmerksamkeit des Beobachters fesselt und in die sehr viel selteneren, bei denen die Bewußtseinsstörung fehlt und nur kurzdauernde motorische Erregungs- oder Hemmungsentladungen den Anfall ausmachen.

Gleichzeitig betonen aber nicht nur Binswanger, sondern auch Féré, daß die sichere Diagnose des lokalen epileptischen Krampfes solange unmöglich sei, als sich nicht im Paroxysmus auch Bewußtseinsverlust einstelle oder wenigstens zeitweise ein großer, typisch epileptischer Anfall auftrete.

Auf jeden Fall sind diese motorischen Erscheinungen ohne Bewußtseinsverlust bei der Epilepsie sehr viel seltener, ja, die Ansichten über ihre epileptische Natur gehen auseinander (Plavec). Da, für sich betrachtet, keines der Symptome der Epilepsie so verläßlich ist wie der Bewußtseinsverlust, so wollen wir als das unerläßliche Charakteristikum der Absence die kurze Unterbrechung des Bewußtseins vornanstellen. Kommt es dabei zu leichten motorischen, spasmodischen Erscheinungen, so kann man von

einem „Petit mal" im engeren Sinne sprechen. Eine scharfe Trennung dieser beiden Zustände ist jedoch praktisch so gut wie unmöglich, das wesentliche ist und bleibt die kurzdauernde Bewußtseinstrübung.

Wir fanden Absencen sowohl bei unseren genuinen, als auch den symptomatischen Epileptikern, können also voll und ganz die Angaben derjenigen Autoren (Feuchtwanger, Stauder, Isserlin) bestätigen, die diese Zustände bei traumatischen Epilepsien beobachteten. Darüber hinaus können wir sagen, daß die Absence nicht nur bei einer traumatischen Epilepsie auftritt, sondern sie fanden sich in unseren Fällen auch bei symptomatischen Epilepsien anderer Ätiologie (entzündliche Hirnerkrankung, Cerebralsklerose).

Während diese Äquivalente jedoch bei der symptomatischen Epilepsie relativ selten waren — sie fanden sich nur in 13% der Fälle — traten sie bei der genuinen Epilepsie deutlich häufiger, nämlich in 39,44% der Fälle auf.

Rein zahlenmäßig ließ sich folgendes feststellen:

Tabelle I.

	Genuine Epilepsie			Symptomatischen Epilepsie		
	absol. Zahl	%	%	absol. Zahl	%	%
Nur große Anfälle	152	60,56	60,56	87	87	87
Große Anfälle und Absencen (Petit mal)	89	35,45	39,44	13	13	13
Nur Absencen (Petit mal) keine großen Anfälle	10	3,99		0	0	
Gesamtzahl	251	100	100	100	100	100

Bei den genuinen Epilepsien fanden sich also in 99 Fällen (39,44%) Absencen und Petit mal-Zustände. In 10 Fällen wurde die Diagnose „genuine Epilepsie" gestellt, obwohl weder in der Anamnese noch während der Beobachtung ein großer Anfall auftrat, sondern lediglich Absencen und Petit mal-Zustände beobachtet wurden; wogegen in 89 Fällen die Absencen und Petit mal-Zustände neben großen Anfällen auftraten.

Die 13 Fälle von symptomatischen Epilepsien (13%), in denen sich neben großen Anfällen auch Absencen fanden, wurden in 10 Fällen durch Schädeltrauma hervorgerufen; in 2 Fällen war eine abgelaufene Encephalitis und in einem Fall eine Cerebralsklerose die Ursache. In keinem Fall der 100 symptomat. Epilepsien fanden sich isolierte Absencen oder Petit mal-Zustände.

Feuchtwanger fand bei seinen 607 hirnverletzten Epileptikern bei 40 Patienten, also in 6,6% der Fälle, ein Auftreten von Absencen. Interessant ist die Angabe Feuchtwangers, daß von diesen 40 Kranken nur 23 auch mit Krampfanfällen und rindenepileptischen Zuständen behaftet waren, und Absencen also bei 17 Kranken die einzigen Erscheinungen dieser traumatischen Epilepsien bildeten. Abgesehen davon findet Feuchtwanger also bei seinem reichlichen Material von 607 Epilepsien nach Hirnverletzung nur in 6,6% der Fälle ein Auftreten von Absencen.

Wenn auch bei unseren 100 symptomatischen Epilepsien die Zahlen doppelt so hoch liegen, wenn wir in 13 vom Hundert Absencen und Petit mal-Zustände finden, so bestätigt diese Tatsache doch die Erfahrung, daß diese Zustände ungleich häufiger bei der idiopathischen als bei der symptomatischen Epilepsie auftreten, denn diesen 13% bei symptomatischer Epilepsie treten 40% Absencen bei genuiner Epilepsie gegenüber.

Sind wir somit zu dem Ergebnis gekommen, daß sich Absencen bei der symptomatischen Epilepsie seltener finden, so müssen wir uns weiterhin die Frage vorlegen, ob vielleicht Unterschiede in Art und Charakter dieser Zustände bei der genuinen und symptomatischen Epilepsie bestehen, oder ob sich diese Anfälle in ihrer Erscheinungsweise bei der echten und erworbenen Fallsucht vollkommen decken.

Um darüber ein Bild zu haben, sollen in kurzer Form Berichte aus den Krankengeschichten einiger Patienten gegeben werden, bei denen Absencen auftraten. Zunächst einige Fälle von genuiner Epilepsie.

Fall 1. 26 jähr. Mädchen. Diagnose: Genuine Epilepsie. Gracile Patientin; neurologisch und serologisch o. B. Keine charakterlichen Veränderungen. 2 Vettern der Mutter geisteskrank; Mutter und Schwester der Mutter leiden an Migräne; letztere hat vor den Migränenanfällen Ohnmachten. 2 Schwestern des Vaters der Mutter leiden ebenfalls an Migräne. — Seit ihrem 4. Lebensjahr leidet Pat. an kurzdauernden Absencen, hielt kurz beim Essen inne, was den Eltern zunächst als Ungezogenheit imponierte. Früher sagte Pat. dabei einige unverständliche Worte, jetzt verdreht sie etwas die Augen und zuckt mit den Armen. Sie hält plötzlich im Gespräch inne, hat aber, wenn sie zu sich kommt sofort den Faden der Unterhaltung wieder. Niemals ist sie dabei hingefallen. Bei solch einem, in der Klinik beobachteten Anfall von 10—15 Sek. Dauer hatte die Pat. lichtstarre Pupillen. Nach diesem Anfall war die Pat. anschließend etwas verwirrt. Diese Zustände meist mehrfach am Tage; die Menses wirkte verschlimmernd. Ein großer Anfall war bis zu ihrem 26. Lebensjahr nicht aufgetreten.

Fall 2. 20 jähr. Mädchen. Diagnose: Genuine Epilepsie. Hereditär nicht belastet; außerordentl. schwerfällig, klebrig und umständlich. Neurologisch und serologisch o. B. Seit ihrem 18. Lebensjahr Anfälle, zuerst Absencen. Wenn Sie arbeitete (Pat. ist Friseuse) hielt sie oft die Brennschere fest in

der Hand und stierte vor sich hin. Dabei hat sie mehrfach Kundinnen das Haar versengt. Später auch große Anfälle mit Bewußtlosigkeit, Zungenbiß und Einnässen. Diese großen Anfälle hatte sie anfangs alle 2—6 Wochen, später in Abständen von 1—2 Wochen 6—8 mal am Tag.

Fall 3. 39 jähr. Mann. Diagnose: Genuine Epilepsie. Athletischer Habitus; verlangsamt, klebrig und stumpf. Hereditär nicht belastet. Neurologisch und serologisch o. B. Im Gesicht Narben aus Anfällen. Pat. leidet seit seinem 3. Lebensjahr an wöchentlich 1 x auftretenden Anfällen. Bei den großen Anfällen ist er bewußtlos, schlägt um sich, läßt Urin unter sich und beißt sich auf die Zunge. Bei den kleinen Anfällen steht er nur einen Augenblick mit geschwundenem Bewußtsein da, ohne jedoch hinzufallen und ohne daß sonst irgendetwas passiert. Sehr oft tut er automatisch das Begonnene weiter. Einmal hat er in einem solchen Zustand ein Paket verloren, ein andermal ist er plötzlich in einem fremden Hausflur zu sich gekommen.

Fall 4. 12 jähr. Mädchen. Diagnose: Genuine Epilepsie. Hereditär nicht belastet; leicht dysplastischer Körperbau; psychisch stark verändert. Die Mutter gibt an, daß das Kind seit seinem 9. Lebensjahr beim Spielen und bei sonstigen Gelegenheiten plötzlich kurze Zeit stehen bleibe und nicht auf Anruf reagiere. Ebenso plötzlich, wie dies aufgetreten sei, sei es aber auch wieder vorbei. Außerdem mache das Kind viel „Dummheiten". So habe es z. B. plötzlich beim Einschenken von Kaffee den ganzen Kaffee daneben geschüttet. Ein andermal sei sie plötzlich auf der Straße stehen geblieben und habe das Geld, das sie in der Hand gehalten habe, fortgeworfen. Diese Anfälle Anfangs 1—2 x in der Woche, in der letzten Zeit fast täglich. Das Kind selbst merkt vorher nicht, daß ein Anfall kommt und weiß auch hinterher nichts davon. — Seit seinem 10. Lebensjahr treten auch Anfälle auf, die über den Rahmen einer Absence hinausgehen. Diese großen Anfälle sind jedoch relativ kurz: dabei fällt das Kind hin, schlägt mit den Armen und hat Schaum vor dem Mund. Solche Anfälle oft 6—8 x am Tag.

Diese Fälle von genuinen Epilepsien zeigen, daß die Absencen und Petit mal-Zustände, so mannigfaltig und verschieden sie ihrem Charakter nach auch auftreten können, doch alle als Charakteristikum den plötzlich einsetzenden kurzandauernden Bewußtseinsverlust an sich haben. Dabei finden sich alle Übergänge von der leichten Benommenheit über kurze, umdämmerungsähnliche Zustände bis zum eigentlichen Bewußtseinsverlust. Je nach der Tiefe der Bewußtlosigkeit oder Bewußtseinstrübung herrscht bei dem Kranken für die Absence eine völlige Amnestie oder aber es prägen sich ihm geringe Spuren ein, so daß er hinterher weiß, daß er „eben seinen Zustand hatte", daß er wieder mal „nicht da" war. Oft genug merkt er auch aus dem Verhalten seiner Umgebung die soeben abgelaufene Störung.

Die Kranken oder ihre Angehörigen belegen die Absencen mit verschiedenen oft sehr treffenden Ausdrücken. Sie sprechen von Abwesenheitszuständen, Abwesenheiten, Wegbleiben, Gedankenabwesheiten mit stierem Blick, Aufmerksamkeitsstörungen, Aussetzungsanfällen, Durchzügen, Augenkrämpfen. Kindern werden

die Absencen oder ihr Tun in den Absencen oft als Dummheiten oder als Ungezogenheiten ausgelegt. Über das klinische Interesse hinaus gewinnen die Absencen forensische Bedeutung, wenn, was keine Seltenheit ist, durch sie z. B. Verkehrsunfälle hervorgerufen werden.

Daß im kleinen Anfall oft eine Muskelerschlaffung eintreten kann, zeigen die Angaben der Patienten, daß ihnen während der Absence Dinge aus der Hand gefallen seien, die dann beim Aufwachen vor ihnen auf der Erde gelegen hätten. Diese Erscheinung bezeichnet Binswanger als eine kortiko-motorische Hemmungsentladung. Sie kann so intensiv sein, daß, wie einer unserer Fälle zeigt, der Kranke plötzlich zu Boden stürzt, sich aber sofort wieder erhebt; oder aber, sie ist unvollständiger: der Patient taumelt oder schwankt nur.

Sehr oft tun die Kranken in der Absence aber auch automatisch das Begonnene weiter, ein Zeichen dafür, daß die Motorik erhalten geblieben ist, das Bewußtsein aber soweit getrübt war, daß der Kranke selbst von nichts weiß, sich aber dann in einer Situation vorfinden kann, für die er keine Erklärung hat.

Man hat versucht, durch angenommene halluzinatorische Erlebnisse, die wahrscheinlich schreckhaften Inhaltes sind, das plötzliche, unmotivierte Weglaufen eines Kranken in der Absence als automatische Flucht- oder Abwehrbewegung zu erklären (Gowers). Jedenfalls finden sich solche Halluzinationen in der Absence. So berichtet eine unserer Patientinnen, daß sie für einen kurzen Augenblick bewußtlos sei und dann „ganz fürchterliche Dinge sehe", an die sie sich aber nachher nicht mehr recht erinnern könne. Der Zustand dauere nur einen kurzen Moment, umgefallen sei sie dabei niemals. Solche Zustände wurden bei der Patientin beobachtet. Der Blick war dabei starr, der Gesichtsausdruck leer.

Die Absencen bei den symptomatischen Epileptikern zeigen im wesentlichen dieselben Charakterzüge, sind im größten Teil der Fälle vollkommen identisch mit den bei der genuinen Epilepsie auftretenden Absencen und Petit mal-Zuständen. Dies zeigen schon die folgenden 2 Fälle von traumatischer Epilepsie.

Fall 1. 36 jähr. Mann. Diagnose: Traumatische Epilepsie. Familienanamnese ohne Besonderheiten. Mit 19 Jahren Granatsplitterverletzung an der linken Kopfseite. Am linken Stirnbein Knochendefekt von 7 cm Länge und 3 cm Breite. Deutliche Pulsation. Neurologisch o. B. Zungenbißnarben. Psychisch nicht verändert. Seit der Schädelverletzung in wechselnder Häufigkeit von 14 Tagen bis 3 Wochen Anfälle mit Bewußtlosigkeit, Zungenbiß und Einnässen. In der Klinik wurden Anfälle beobachtet, die mit Pupillenstarre einher gingen und sicher organisch-epileptisch waren. Außerdem hat die Mutter beobachtet, daß er in den letzten Monaten oft sehr gedankenab-

wesend war. Seit 8 Tagen, wo er 3 Anfälle hintereinander hatte, sei das besonders schlimm. Beim Anziehen stehe er oft minutenlang, sehe geistesabwesend vor sich hin und vergäße, sich weiter anzuziehen. Auch im Gespräch höre er plötzlich auf, starre minutenlang vor sich hin und wisse dann oft den Faden nicht wiederzufinden. Das sei in den letzten Wochen mehrmals vorgekommen. In der Klinik wurden während der Beobachtung häufiger kurze, absenceartige Zustände beobachtet, die z. T. sicher psychogen, z. T. aber auch organisch waren. Pat. bekommt tgl. 0,1 Luminal, danach sistieren sowohl die großen Anfälle als auch die Absencen.

Fall 2. 34jähr. Mann. Diagnose: Traumatische Epilepsie. Hereditär nicht belastet; mit 22 Jahren Betriebsunfall dadurch, daß dem Pat. bei der Arbeit im Steinbruch ein 2faust großer Stein aus 5 m Höhe seitlich rechts gegen den Kopf schlug. In der chirurg. Klinik wurde ein spaltförmiger Bruch des rechten Scheitelbeines mit Zerreißung der A. meningea media festgestellt. Seit dem Unfall Kopfschmerzen und Schwindelanfälle besonders beim Bücken, bei Anstrengungen und in der Hitze. Pat. wurde in der Nervenklinik in den nächsten 12 Jahren nach dem Unfall in Abständen von 2 Jahren untersucht. Psychisch zeigt der Pat. dabei außer einer gewissen Langsamkeit des Sprechens und des Denkens, die aber erst bei eingehender Beobachtung auffiel, keine Veränderungen. Neurologisch und serologisch war kein krankhafter Befund zu erheben. — Anfälle von Bewußtlosigkeit traten zuerst 6 Monate nach dem Unfall in Abständen von 8 Wochen auf. Nach Angaben seines Bruders verdreht er zu Beginn des Anfalls den Kopf, zuckt eine Weile und ist dann lange (bis zu 2 Std.) bewußtlos. Dabei hat er Schaum vor dem Mund. Die Anfäle treten auch nachts auf, er hat dann am nächsten Morgen erst davon erfahren, aufgewacht ist er nicht davon. — Bei der 4. Beobachtung, 8 Jahre nach dem Unfall gibt der Pat. an, daß er seit ungefähr 2—3 J. auch über kurzdauernde Bewußtseinsstörungen zu klagen habe; er halte dann für einige Sekunden mit der Arbeit inne, starre vor sich hin, um dann mit der Arbeit wieder fortzufahren. Auch bei späteren Untersuchungen bis zu 12 Jahren nach dem Unfall gibt der Pat. weiterhin an, daß er häufig (2—3 x in der Woche) „Aussetzungsanfälle" habe. Dabei werde er für einen Augenblick schwindlig und die Gedanken setzten aus. Einmal sei er dabei vom Fahrrad gefallen. 10 Jahre nach dem Unfall treten die epil. Anfälle nur noch 1—2 x im Jahre auf.

So wie in diesen beiden Fällen zeigen im größten Teil unserer symptomatischen Epilepsien die dabei auftretenden Absencen den typschen Charakter der Epilepsia minor. Und doch fällt auf, daß man sich bei einigen Patienten Mühe geben muß, um aus den geschilderten Zuständen eine Absence herauszulesen. So berichtet ein Patient, bei dem die Epilepsie im Alter von 47 Jahren infolge einer Cerebralsklerose auftrat, von einem „Schwindelanfall", in dem „der Verstand plötzlich weg war". Man muß die Grenzen schon recht weit ziehen, um dies nicht als epileptoiden oder arteriosklerotischen Schwindelanfall, sondern als Absence zu deuten und Schwindelanfälle, die wir bei der traumatischen Epilepsie recht häufig fanden, seien sie nun encephalopathische oder epileptische Erscheinungen, brauchen durchaus nicht identisch mit einer Absence zu sein.

Auch Stauder weist darauf hin, daß Schwindelanfälle bei der traumatischen Epilepsie viel häufiger seien, als im allgemeinen angenommen werde. Selbstverständlich wird die Unterscheidung zwischen Absence und Schwindelerscheinung immer sehr schwer, oft unmöglich sein. Doch scheint ein Schwindelanfall, mag er nun als Absence gedeutet werden oder nicht, eher auf eine traumatische oder symptomatische Epilepsie hinzuweisen, als auf eine genuine. Wir wollen aber noch einmal betonen, daß sich praktisch im größten Teil der Fälle die Absencen der symptomatischen Epilepsie mit denen der genuinen Epilepsie decken.

Eine andere Frage, die Beachtung verdient, ist die der Häufigkeit von Absencen und Petit mal-Zuständen bei demselben Patienten.

Wenn die Intervalle zwischen den kleinen Anfällen bei der genuinen Epilepsie auch wechselnd sind, so kehren die Absencen doch in der Regel häufig wieder. Gowers schreibt dazu, daß in mehr als der Hälfte seiner Fälle dieselben täglich aufgetreten seien und oft habe der Pat. jeden Tag mehrere Anfälle. Es sei ihm sogar ein Fall vorgekommen, wo täglich 200 sehr leichte Anfälle aufgetreten seien. Auch wir finden bei unseren 99 genuinen Epileptikern, bei denen Absencen vorkamen, in mehr als der Hälfte der Fälle, nämlich in 56,57% ein häufiges, fast tägliches oder mehrfach tägliches Auftreten von Absencen. Bei einer Patientin wurden während der stationären Beobachtung in einer Stunde 12—15 sekundendauernde Absencen beobachtet; bei einem anderen Patienten traten die Absencen bis zu 30 mal täglich auf und eine dritte Patientin gab an, daß sie, besonders z. Z. ihrer Regel oft 100 Absencen täglich habe.

Wenn Gowers weiterhin sagt, daß beim alleinigen Vorkommen von Petit mal-Anfällen diese gewöhnlich häufig aufträten, und wir ein gleiches bei unseren 10 genuinen Epileptikern, die ausschließlich an Absencen oder Petit mal-Anfällen leiden, finden, so ist hierzu kritisch zu sagen, daß ein Mensch, bei dem sich die genuine Epilepsie lediglich durch sehr selten auftretende Absencen zeigt, wohl kaum einen Arzt oder eine Klinik aufsuchen wird.

Auch bei der symptomatischen Epilepsie können die Intervalle zwischen den Absencen recht kurz sein, auch hier können die kleinen Anfälle gehäuft auftreten. So traten bei einem Patienten, der an einer traumatischen Epilepsie, verursacht durch einen schweren Schädeleinbruch mit Hirnverlust, litt, die Absencen 10—12 mal täglich auf.

Im großen und ganzen scheint dies aber bei der symptomatischen Epilepsie recht selten zu sein, auch wenn wir darüber an Hand unserer 13 symptomatischen Epilepsien durchaus kein end-

gültiges Urteil fällen können. Immerhin hatten 2 dieser Patienten in ihrem ganzen Leben nur einige Absencen und bei 2 anderen zeigte sich in der Anamnese gar nichts von Absencen, es wurde lediglich in der Klinik eine solche beobachtet. Wenn es auch in der Natur der Petits maux liegt, daß ihnen vom Patienten und dessen Umgebung viel weniger Bedeutung zugemessen wird, als dem schrecklichen Ereignis des großen Anfalles, und daß sie oft mit der Epilepsie gar nicht in Zusammenhang gebracht werden, so erinnert sich der Patient oder dessen Angehörige doch meistens daran, im besonderen eben, wenn die Absencen nicht gar zu selten, sondern in einer gewissen Häufigkeit aufgetreten waren und das scheint bei der symptomatischen Epilepsie lange nicht so oft wie bei der genuinen der Fall zu sein.

Bei unseren 89 genuinen Epilepsien, bei denen neben großen Anfällen auch Absencen oder Petit mal-Zustände auftreten, finden sich in 20 Fällen, also in 22,47% die Angaben, daß die Absencen Monate, auch viele Jahre vor den großen Anfällen aufgetreten seien. Meistens ist dies aber schwer zu eruieren, denn die Kranken werden oft erst durch das viel eindrucksvollere Ereignis des großen Anfalles auch auf andere Bewußtseinstrübungen aufmerksam. Ein gleiches, nämlich das Auftreten von Absencen vor dem Ausbruch von großen Anfällen findet sich bei den 13 symptomatischen Epilepsien in 2 Fällen; doch geht daraus hervor, daß auch eine symptomatische Epilepsie gewissermaßen subakut mit Absencen und Petit mal-Zuständen beginnen kann, aus denen dann später große Anfälle werden können.

Es steht heute fest, daß psychische Veränderungen im Sinne einer Beeinträchtigung der Leitfähigkeit, also Schwerfälligkeit, Klebrigkeit usw. ein Charakteristikum den genuinen Epilepsie bilden. Eine andere Frage ist die, ob auch länger bestehende kleine Anfälle, Absencen und Petit mal-Zustände solche Charakterveränderungen im Gefolge haben, den deletären Verlauf der Epilepsia major zeigen.

In der Literatur findet man im allgemeinen die Anschauung, daß noch verderblicher als die Krämpfe gehäufte Petit mal-Anfälle zu wirken schienen. Das können wir bei unseren 10 genuinen Epileptikern, bei denen nur Absencen, bezw. Petits maux auftreten, nicht bestätigen und stimmen darin mit Stauder überein, der auch nicht glaubt, daß sich die alte Meinung in der bisherigen Fassung halten lasse.

In unseren 10 Fällen hatten diese Zustände, mit Ausnahme eines Patienten, bei dem die erste Absence mit 27 Jahren auftrat, früh, zumindestens vor dem 20. Lebensjahr eingesetzt. In einem Falle bestanden sie seit 22 Jahren, waren vom 4.—26. Lebensjahr

aufgetreten, in einem anderen Fall seit 15 Jahren, vom 13.—28. Lebensjahr, in einem 3. Fall seit 9 Jahren, bis zum 16. Lebensjahr, in einem 4. Fall seit 8 Jahren, vom 1.—9. Lebensjahr und in den restlichen 6 Fällen litten die Kranken seit 1—2 Jahren an diesen Anfällen. — Bei diesen Kranken traten die Absencen und Petits maux durchweg häufig, meistens mehrfach am Tage auf. Charakterveränderungen im Sinne der Epilepsie finden sich nur in 2 Fällen: ein 28jähriger Patient, der seit einem Jahr an in allmählich zunehmender Häufigkeit bis zu 5 mal am Tage auftretenden Absencen litt, war „leicht epileptisch verändert" und bei einem 2., 14jährigen Patienten, bei dem seit seinem 12. Lebensjahr Absencen, Petits maux und Schwindelanfälle auftraten, findet sich eine „auffallende Klebrigkeit". Die restlichen 8 Patienten waren psychisch nicht verändert. Die 26jährige Kranke, die seit 22 Jahren an meist mehrfach an einem Tage auftretenden Petit mal-Zuständen leidet, „wirkte eine Spur schwerfällig in Gedankenablauf, Auffassung und Motorik, allerdings in so geringem Maße, daß man von einem Überschreiten der Spielbreite des Normalen noch nicht reden konnte, wenn nicht die Petit mal-Zustände beständen".

Da sich bei unseren symptomatischen Epileptikern in keinem Fall isolierte Absencen oder Petit mal-Zustände fanden, können wir kein Urteil über den Einfluß der Absencen auf die Psyche bei der erworbenen Fallsucht fällen.

Über die Beteiligung der beiden Geschlechter an der genuinen Epilepsie gibt es eine größere Zahl von statistischen Erhebungen; es sei hier nur auf die Ausführungen Binswangers verwiesen. Die Resultate dieser Zählungen gehen jedoch auseinander; während einige Autoren ein Überwiegen des weiblichen Geschlechtes feststellten (Morselli, Gowers), fanden andere das männliche Geschlecht stärker beteiligt (Reynolds, Berger, Eulenburg).

Wenn in der folgenden Tabelle das Verhältnis der beiden Geschlechter bei unseren 251 Fällen von genuiner Epilepsie betrachtet werden soll, so unter dem besonderen Gesichtspunkte der Verteilung der Absencen bei Männern und Frauen.

Tabelle II.

	Männer	Frauen
Große Anfälle	99	53
Absencen	66	33
Insgesamt	165	86

Diese Tabelle zeigt, daß bei unseren 251 Fällen von echter Epilepsie die Männer mehr beteiligt waren als die Frauen. 65,34% Männern stehen 34,66% Frauen gegenüber. Das entspricht ungefähr der Statistik Binswangers, die 61,87% Männer und 38,12% Frauen zeigt.

Im Verhältnis dazu ist die Verteilung der Absencen bei beiden Geschlechtern praktisch gleich. Während von den 164 an genuiner Epilepsie erkrankten Männern 66, also 40,24% Absencen Petit mal-Erscheinungen zeigen, finden sich solche bei den insgesamt 86 erkrankten Frauen in 38,37%.

Es wäre müßig, Untersuchungen über die Beteiligung der Geschlechter an der symptomatischen Epilepsie anzustellen, denn immer wird das männliche Geschlecht den Hauptteil der traumatischen Epilepsien bilden.

Wenn bei den Frauen verhältnismäßig häufig die großen Anfälle z. Z. der Periode auftreten, so gilt das gleiche für die Absencen; von unseren 99 genuinen Epilepsien, bei denen sich Absencen fanden, waren 33 weiblichen Geschlechtes, 8 davon noch im kindlichen Alter. Bei 5 von diesen Frauen findet sich die Angabe, daß die Menstruation verschlimmernd auf die Absencen wirke, daß dieselben entweder kurz vor oder zur Zeit der Regel besonders häufig aufgetreten seien.

Wir können zusammenfassend folgende Ergebnisse unserer Untersuchungen herausstellen:

1. Unser Material bestätigt, daß das Haupt- und in den allermeisten Fällen das einzige Symptom der Absencen die Bewußtseinstrübung darstellt.
2. Absencen finden sich sowohl bei der genuinen als auch bei der symptomatischen Epilepsie; es besteht kein Unterschied in ihren Erscheinungsbildern, sie sind aber mit Vorbehalt zu bewerten ,wenn dabei Schwindelzustände möglich und in Erwägung zu ziehen sind.
3. Die Absence zeigt sich bei der symptomatischen Epilepsie relativ selten; sie trat in unseren Fällen etwa 3 mal so häufig bei der echten Fallsucht auf.
4. Die Intervalle zwischen den Absencen sind bei der genuinen Epilepsie kürzer als bei der symptomatischen Epilepsie; selten kommt es bei der erworbenen Fallsucht zu einer Häufung von Absencen.
5. Die Absencen fanden wir bei traumatischen Epilepsien niemals als Einzelsymptom, sondern ausschließlich nur neben Krampfanfällen.

6. Es kann durchaus nicht als erwiesen gelten, daß gehäufte Absencen oder Petit mal-Anfälle verderblicher auf die Psyche wirken, als große Anfälle.
7. Das männliche und weibliche Geschlecht werden in der gleichen Häufigkeit von Absencen und Petit mal-Anfällen betroffen.

Der Absence kann somit bei der Unterscheidung von genuiner und symptomatischer Epilepsie zwar keine ausschlaggebende Bedeutung zukommen, aber immerhin können ihre größere Seltenheit, ihr nichtisoliertes Auftreten und die größeren Intervalle bei der symptomatischen Epilepsie differentialdiagnostisch bis zu einem gewissen Grad mit in Rechnung gezogen werden.

LITERATUR-VERZEICHNIS

1. Bumke, Oswald: Lehrbuch der Geisteskrankheiten. II. Auflage 1924. Bergmann-München.
2. — Lehrbuch der Geisteskrankheiten. IV. Auflage 1936. Bergmann München.
3. Feuchtwanger, E.: „Anfallsäquivalente und psychische Dauerveränderungen bei der Epilepsie nach Hirnverletzung." „Der Nervenarzt". III. Jahrgang 1930 Seite 577. Springer-Berlin.
4. Isserlin, M.: „Über die Bedeutung der Erfahrungen Kriegshirngeschädigten". „Der Nervenarzt". III. Jahrgang 1930 Seite 569. Springer-Berlin.
5. Gowers, R. W.: Epilepsie. II. Auflage 1902. Deuticke, Leipzig und Wien.
6. Oppenheim, H.: Lehrbuch der Nervenkrankheiten II. Band. 7. Auflage 1923. Karger-Berlin.
7. Binswanger, O.: Die Epilepsie. „Spezielle Pathologie und Therapie" XII. Band I. Teil I. Abteilung. II. Auflage 1913. Hölder-Wien und Leipzig.
8. Stauder, K. H.: „Über die Absencen im Verlaufe der traumatischen Epilepsie." „Der Nervenarzt". 7. Jahrgang 1934 Seite 174. Springer-Berlin.
9. Plavec, V.: Kleine motorische Epilepsie. „Neurologisches Zentralblatt" 1906 25. Jahrgang Seite 111 Veit-Leipzig.
10. Morselli, Reynolds, Berger, Eulenburg, Féré: zitiert nach Binswanger.

LEBENSLAUF

Ich, Waldemar Wilhelm, wurde am 15. Juni 1913 als Sohn des Lehrers Hermann Wilhelm und seiner Ehefrau Therese, geb. Kolk in Mäbendorf bei Suhl im Thüringer Wald geboren. Nach neunjährigem Besuch der Oberrealschule in Mühlhausen Th. legte ich daselbst Ostern 1932 meine Reifeprüfung ab. Ich habe 11 Semester an der Universität Göttingen Medizin studiert, nach meinem 5. Semester, im Oktober 1934 in Göttingen die ärztliche Vorprüfung und nach dem 11. Semester, am 17. Dezember 1937 in Göttingen die ärztliche Prüfung bestanden. Als Medizinalpraktikant war ich vom 1. 1. 38 bis 30. 4. 38 an der Landesheilanstalt Merxhausen über Kassel, vom 1. 5. 38 bis 15. 7. 38 an der Universitätsfrauenklinik Göttingen und vom 16. 7. 38 bis 31. 12. 38 an der Inneren Abteilung des Krankenhauses in Schmalkalden tätig. Am 1. 1. 39 erhielt ich meine Bestallung als Arzt. Vom 1. 1. 39 bis 31. 8. 39 habe ich als Volontärassistent an der Inneren Abteilung des Krankenhauses in Schmalkalden gearbeitet und bin seit dem 1. 9. 39 als vollbeschäftigter Hilfsarzt am staatlichen Gesundheitsamt in Suhl tätig.